

DEPARTAMENTO DE SEGURO ECONÓMICO DE ARIZONA  
División de Incapacidades del Desarrollo

**ENCUESTA PARA MIEMBROS DE DD/ALTCS**

A ser llenada por el miembro (o la persona encargada en nombre del miembro). Devuelva la encuesta llena a:

Health Care Services/Program Operations Manager  
2200 North Central Avenue, Suite 207, Site Code 795M  
Phoenix, Arizona 85005

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Edad del miembro \_\_\_\_\_

Plan médico DD/ALTCS:  APIPA  Capstone  Care1st Health Plan  Mercy Care Plan Condado \_\_\_\_\_  
 Persona quien llena la encuesta:  Miembro DD/ALTCS  Padre/Madre  Persona encargada  
 Coordinador de Apoyo  Otra persona

Nombre (opcional) \_\_\_\_\_

En los últimos seis (6) meses, ¿ha usted...	Sí	No	¿Está usted satisfecho con...	Sí	No
...visto a su Proveedor de Cuidado Primario (PCP)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...la atención que recibió de su PCP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...visto a su dentista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...la atención que recibió de su dentista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...visto algún otro profesional médico a través de su plan médico ALTCS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...la atención que recibió de otros profesionales médicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...tenido alguna comunicación con su plan médico ALTCS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...la ayuda que le proporcionó el personal de su plan médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Hay algo que usted quisiera comunicarnos acerca de su cuidado médico o los servicios de su plan médico ALTCS? Si es así, por favor escríbalo, o pida a su Coordinador de Servicios que lo escriba, en el espacio a continuación. Usted también puede llamarnos al teléfono 602-238-9028 y hablarnos del asunto.

¡Le agradecemos el tiempo que dedicó a contestar la encuesta! Su satisfacción es importante para DDD.

Coordinador de Apoyo: Si hay algún asunto que usted quisiera hacerle saber a Health Care Services (HCS) y a algún plan médico, utilice el espacio a continuación para describirlo. HCS transmitirá su inquietud al plan médico correspondiente y trabajará con el personal del plan médico para corregir el problema(s).

## Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades

Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA) y la Ley de Derechos Civiles del año 1964, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación por Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en lugares de empleo, programas, servicios o actividades basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, y incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato o obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el coordinador de la Ley de Estadounidenses con Incapacidades (Americans with Disabilities Act: ADA) de la División de Incapacidades del Desarrollo: 602-542-6825; Servicios de TTY/TTD: 7-1-1.